



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"ALTERACIONES EN EL PARODONTO"

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
LUIS IGNACIO EGUILUZ NAVARRO

CIUDAD UNIVERSITARIA MEXICO, D. F.

1978

13689



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MIS PADRES.

Sr. Guillermo Eguiluz E.

Sra. Ma. Guadalupe N. de Eguiluz.

**con mucho cariño, respeto y agradecimiento,
por su ejemplo y apoyo de siempre.**

A MI ABUELITA.

Sra. Carmen Alfaro Vda. de Navarro.

A MIS HERMANOS Y HERMANAS.

Lic. Alberto Alfaro A.

Ma. Guadalupe E. de Alfaro.

Ma. de Lourdes Eguiluz N.

Lic. Guillermo Eguiluz N.

Ma. de Fatima Eguiluz N.

M.V.Z. Gabriel Eguiluz N.

Carmen O. de Eguiluz.

Ma. del Pilar Eguiluz N.

Domingo Eguiluz N.

A MIS SOBRINAS.

Kity, Fernanda y Gualy.

A MI NOVIA.
Graciela G. Rodriguez C.
con mucho cariño.

AL C.D. J. Guillermo Zarza C.
en agradecimiento por su dirección
en esta tesis.

A mis Maestros, Familiares, Amigos y Compañeros.

I N D I C E .

INTRODUCCION.		Pag. 1
CAPITULO PRIMERO.	EL PARODONTO.	2
CAPITULO SEGUNDO.	ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL. A).-Definiciones. B).-Factores locales. C).-Factores sistemicos.	17
CAPITULO TERCERO.	CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL.	31
CAPITULO CUARTO.	DIAGNOSTICO. PRONOSTICO. HISTORIA CLINICA. PLAN DE TRATAMIENTO.	37
CAPITULO QUINTO.	INSTRUMENTAL.	41
CAPITULO SEXTO.	ANESTESIA. A).- Local. B).- Regional o Troncular.	48
CAPITULO SEPTIMO.	GINGIVECTOMIA. A).- Definición. B).- Indicaciones. C).- Técnica de gingivectomia. D).- Premedicación. E).- Postoperatorio.	56
CAPITULO OCTAVO.	GINGIVOPLASTIA. A).- Definición. B).- Indicaciones. C).- Técnica de gingivoplastia. D).- Postoperatorio.	63
CAPITULO NOVENO.	APOSITO PARODONTAL.	66
CAPITULO DECIMO.	FISIOTERAPIA ORAL.	69
CONCLUSION.		72

INTRODUCCION.

INTRODUCCION.

La enfermedad parodontal es uno de los padecimientos que con más frecuencia se enfrenta el Cirujano Dentista, en la práctica diaria.

Lamentablemente muchos Cirujanos Dentistas al observar una cavidad oral se limitan solo a restaurar o retituir los dientes con fines estéticos y funcionales, empleando para ello los más modernos materiales y las técnicas más avanzadas buscando el tamaño y las formas adecuadas, pero olvidando por completo la condición del parodonto, que es el tejido de soporte de los dientes.

Esta Tesis esta encaminada a presentar de una manera concreta y simple la importancia del conocimiento del parodonto para el Cirujano Dentista. Tanto en su anatomía, sus funciones, los factores locales y sistemicos que lo favorecen, y los que al interferir con el desencadenan diversas enfermedades, la clasificación de estas enfermedades sus tratamientos, sus técnicas, y entre estas las técnicas quirúrgicas de la Gingivectomía y la Gingivoplastia, en especial.

CAPITULO PRIMERO

EL PARODONTO

DEFINICION:

El parodonto es el conjunto de tejidos de revestimiento y soporte del diente.

Los tejidos son:

- a).- La encía.
- b).- El ligamento parodontal.
- c).- El cemento radicular.
- d).- El hueso alveolar.

El parodonto está sujeto a cambios morfológicos y funcionales así como a cambios por la edad.

La mucosa oral tiene tres zonas:

- a).- La mucosa masticatoria, que está compuesta de el recubrimiento del paladar duro y la encía.
- b).- El dorso de la lengua, cubierto por mucosa altamente especializada.
- c).- El resto de la mucosa.

a).- LA ENCIA.

La encía es la parte de la mucosa oral que cubre los procesos alveolares de los - procesos maxilares y rodea los cuellos de los dientes.

La encía normalmente es de color rosado coral, firme y resilente. La encía la

dividimos para su estudio en:

- a).- Encía marginal.
- b).- Encía insertada.
- c).- Encía papilar o papila.
- d).- Surco gingival.

a).- Encía Marginal.

La encía marginal o insertada, es la encía que rodea a los dientes en forma de collar y está separada de la encía insertada por el surco gingival.

b).- Encía Insertada.

La encía insertada es la continuación de la marginal es firme, resilente y fuertemente adherida al cemento y hueso alveolar subyacente. La encía insertada vestibular se continúa con la mucosa alveolar, relativamente floja y móvil, de la que está separada por la línea mucogingival. El ancho de la encía insertada -- vestibular varía en diferentes zonas de la boca desde 1mm., hasta 9mm. Por -- lingual la encía insertada termina en la unión con la mucosa que tapiza el piso de la boca. Por palatino, la encía insertada se continúa imperceptiblemente -- con la mucosa palatina, igualmente firme y resilente. A veces se usan los tér--minos de encía cementaria y de encía alveolar para designar las zonas de inser--ción de dicha encía.

c).- Encía Papilar o Papila.

La encía papilar o papila, ocupa el espacio interdentario por debajo de la zona de contacto de los dientes. Consta de dos papilas, una por vestibular y la otra por lingual o palatino. Se designa con el nombre de "COLL", a la depresión en forma de valle que une a las dos papilas, tomando la forma de la zona de contacto interdental.

Cada papila interdental, es de forma piramidal, su cara externa va disminuyendo hacia la zona de contacto interdental y las caras mesial y distal son ligeramente cóncavas.

Cuando falta el contacto con el diente contiguo, la encía se une firmemente al hueso subyacente y forma una superficie redondeada, sin papila interdental ni "COLL".

d).- Surco Gingival.

Está situado alrededor del diente, y limitado por un lado por éste y por el otro por el epitelio que tapiza el margen gingival de la encía. Es una depresión en forma de "V", que apenas permite la entrada de una pequeña sonda roma. La profundidad varía entre 1.5mm y 2mm.

Fibras Gingivales.

El tejido conectivo de la encía marginal es densamente colágeno, está formado

por un sistema de haces de fibras colágenas llamadas fibras gingivales.

Las fibras gingivales tienen las siguientes funciones:

- 1).- Ajustar la encía marginal firmemente al diente.
- 2).- Proveer de la rigidez necesaria para soportar las fuerzas de la masticación sin que la encía sea separada de la superficie del diente.
- 3).- Unir la encía libre al cemento radicular y a la encía insertada adyacente.

Las fibras gingivales se dividen en tres grupos:

1).- Fibras Gingivales.

Son las fibras de las caras vestibular, lingual e interproximal. Se insertan en el cemento inmediatamente por debajo del epitelio en el fondo del surco gingival. En la cara vestibular y lingual, van desde el cemento abriéndose del margen gingival y la encía marginal, terminado poco antes del epitelio. También se extienden hacia la parte externa del periostio del hueso vestibular y lingual y terminan en la encía insertada o en el periostio interproximalmente las fibras gingivales se extienden hacia la cresta y la porción central de la encía interdental.

2).- Fibras Circulares.

Estas fibras van por el tejido conjuntivo de la encía marginal interdental rodeando al diente en forma de anillo.

3).- Fibras Transpetales.

Situadas interproximalmente, estas fibras forman haces horizontales que van des de el cemento de un diente, hasta el cemento del diente vecino. Se localizan entre el epitelio del fondo del surco gingival y la cresta ósea interdientaria.

Características de la Encía.

Color.

El color de la encía marginal e insertada, es generalmente de color rosado co -
ral y es producto del aporte vascular, el grosor y el grado de queratinización -
del epitelio y la presencia de células con pigmentos cutáneos. La coloración -
varía de acuerdo con la raza.

La mucosa alveolar es roja, lisa y brillante en lugar de punteada, esto es por -
que el epitelio de la mucosa alveolar, es más delgado, no es queratinizado y -
no tiene papilas epiteliales. El tejido conectivo de la mucosa alveolar es más -
lazo y tiene más vasos sanguíneos. La pigmentación fisiológica resulta de un -
aumento de melanina.

Contorno.

El contorno o forma de la encía varía considerablemente y depende de la forma
de los dientes y su posición en el arco, la localización y tamaño de las áreas -
de contacto proximal y la dimensión de los nichos gingivales vestibulares y lin -
giales.

La encía marginal envuelve al diente en forma de collar y sigue una línea ondulada en las caras vestibular y lingual. En los dientes con caras relativamente -- chatas sigue una línea recta.

La forma de la encía interdientaria responde a los mismos factores.

Consistencia.

La encía es firme y resiliente y con la excepción del margen gingival libre y movable, firmemente unida al hueso subyacente. Las fibras gingivales constituyen la firmeza del margen gingival.

Textura.

La encía presenta una superficie finamente lobulada, como cáscara de naranja, que le da un aspecto punteado.

Mientras que la encía insertada es punteada, la encía marginal no lo es. La -- porción central de la papila es generalmente punteada mientras que los bordes son lisos. El tipo y la extensión del punteado varía de zona a zona dentro de una misma boca. El punteado es menos marcado en lingual. El punteado desaparece con la edad.

Queratinización.

El epitelio que cubre la encía marginal y la insertada presenta una superficie -- queratinizada. La capa superficial se separa o se descama en forma de delgadas tiras y es remplazada por células derivadas de la capa granular subyacente.

La queratinización es una adaptación protectora para la función, aumenta cuando la encía es artificialmente estimulada por el cepillado. La queratinización es mayor en el paladar.

b).- EL LIGAMENTO PARODONTAL.

El ligamento parodontal es la estructura conectiva que rodea a la raíz del diente y lo conecta con el hueso. Se continúa con el tejido conectivo de la encía y se comunica con los espacios medulares a través de los canales vasculares del hueso.

Elementos.

Los elementos más importantes del ligamento parodontal son las fibras principales, las cuales son fibras colágenas en forma de haces con un trayecto ondulado. Las porciones terminales de las fibras principales se insertan en el cemento y el hueso y se les llama fibras de "SHARPEY". Los haces de fibras principales se continúan desde el cemento, hasta el hueso.

División.

Las fibras principales las dividimos en grupos para su estudio:

1).- Fibras transeptales, o dento-dentales.

2).- Fibras crestodentales.

3).- Fibras horizontales.

4).- Fibras oblicuas.

5).- Fibras apicales.

1).- Fibras Transeptales, o Dento-Dentales.

Se extienden interproximalmente, sobre la cresta alveolar y se insertan en el cemento del diente adyacente. Estas fibras son reconstruidas aún después de la -
destrucción del hueso en la enfermedad parodontal.

2).- Fibras Crestodentales.

Estas fibras se extienden oblicuamente desde el cemento inmediatamente por debajo de la adherencia epitelial hacia la cresta alveolar. Sus funciones son contrarrestar el empuje coronario de las fibras más apicales ayudando así a retener al diente dentro del alveolo y resistir también los movimientos laterales del ---
diente.

3).- Fibras Horizontales.

Estas se extienden en ángulo recto al eje mayor del diente desde el cemento al hueso. Su función es similar a la de las crestodentales.

4).- Fibras Oblicuas.

Estas son las más numerosas. Se extienden desde el cemento en dirección coro-

naria oblicua hacia el hueso. Reciben el embate de las fuerzas masticatorias - verticales y las transforman en tensión al hueso alveolar.

5).- Fibras Apicales.

Estas van en forma radiada desde el cemento hasta el hueso de el fondo del alveolo. Estas fibras no existen en raíces que no están completamente formadas.

Funciones del Ligamento Parodontal.

Las funciones del ligamento parodontal son:

- a).- Física, Mecánica, Soporte.
- b).- Formadora.
- c).- Nutricia.
- d).- Sensorial.

- a).- Física, Mecánica, Soporte.

Se consideran cinco aspectos en la función de soporte del ligamento parodontal.

- 1).- Transmisión de las fuerzas masticatorias al hueso.
- 2).- Unión del diente al hueso.
- 3).- Mantenimiento de los tejidos gingivales en su correcta relación con los dientes.
- 4).- Disminución del impacto de las fuerzas externas o absorción de gol

pes.

- 5).- Protección de los vasos y nervios con tejidos blandos, para evitar -
que sean interferidos por las fuerzas masticatorias.

La función de soporte está relacionada con la actividad de las fibras principa -
les. Así, cuando un diente recibe una fuerza vertical, todas las fibras del pa -
rodonto, están en tensión excepto las apicales, que quedan comprimidas, mien -
tras dure el esfuerzo. En cambio si la fuerza es de acción lateral, el diente --
tiende a rotar alrededor de un eje cuya situación varía según la pieza dentaria.

b).- Formadora.

Las células que derivan del ligamento parodontal participan en la formación y
reabsorción del hueso y del cemento. En este sentido el ligamento hace las ve
ces del periostio, para los tejidos calcificados. La participación del ligamento
parodontal en la formación y reabsorción de los tejidos calcificados adyacentes
es esencial para la acomodación del parodonto a las fuerzas oclusales así como
para la reparación de las lesiones.

c).- Nutricia.

El aporte sanguíneo es el que provee las necesidades de nutrición, indispensa -
bles para el proceso metabólico de el parodonto, así como otros elementos del
plasma necesario para la resistencia del tejido, estos elementos necesarios provie

nen de tres fuentes: a).- Apical que son colaterales que derivan del parodonto -- antes de entrar por el forámen. b).- Transalveolar, vasos sanguíneos que llegan del hueso a través de la cortical. c).- Gingival, que provienen de la encía y se anastomosan con las anteriores formando una red sanguínea que asegura la -- abundante irrigación del parodonto. Esta característica se explica por los frecuentes procesos de absorción y neoformación que tienen lugar en el hueso y en el cemento.

d).- Sensorial.

El parodonto posee una rica red de fibras nerviosas sensoriales que le otorgan -- una extraordinaria sensibilidad, estos nervios llamados por Shore receptores -- llegan a la membrana parodontal por vía apical, a través de la cortical alveolar y por la encía. Pero la función más importante es la propioceptiva, que le otorgan las terminaciones nerviosas que responden a los cambios en movimiento y posición que están estimuladas por acción dentro del mismo organismo por la función propioceptora, es posible percibir la sensación de un cuerpo extraño, que produce el espesor de una delgada lámina de papel ubicada entre los dientes. Así por esta cualidad el paciente puede percibir las más leves discrepancias oclusales.

c).- CEMENTO RADICULAR.

Características.

El cemento es el tejido mesenquimatoso calcificado que forma la cubierta externa de la raíz dental. Su espesor aumenta desde el cuello del diente hacia el ápice radicular, teniendo mayor grosor a nivel de la zona interradicular. Considerado como tejido de inserción principal servirá de amarre del extremo dental de las fibras parodontales.

Se pueden distinguir dos tipos de cemento: "acelular", "primario y "celular", - "secundario". Ambos tipos constan de una matriz calcificada que contiene fibras colágenas dispuestas paralelamente a la superficie del diente. Los cementos son las células del cemento. Las fibras del parodonto, están incluidas en el cemento, la porción de las fibras situadas dentro de el cemento o del hueso son llamadas fibras de Sharpey. El tamaño y número de dichas fibras aumenta al incrementarse la función oclusal.

La superficie del cemento está cubierta por una delgada capa de cementoide tapizada de cementoblastos.

El contenido inorgánico del cemento es similar al del hueso. La dureza del cemento aumenta con la edad.

La distribución del cemento acelular y del cemento celular, está sujeta a considerables variaciones. El cemento acelular, está en la mitad cervical de la raíz y el cemento celular está en la mitad apical de la raíz. Con la edad aumenta la cantidad de cemento en la porción apical de la raíz y en las zonas de bifurcación y trifurcación. Tanto el cemento acelular como el cemento celular, tienen líneas regulares de aposición.

Unión Amelocementaria.

En la unión amelocementaria y zonas vecinas el cemento es de especial importancia clínica en los procesos de raspaje. Pueden existir tres tipos de unión amelocementaria. En el 60% al 65%, el cemento cubre al esmalte. En el 30% ambos tejidos terminan punta a punta y en el 5% al 10% de los casos el cemento deja dentina al descubierto. En este último caso, si hay una recesión gingival, ella puede ir acompañada de una gran sensibilidad por la dentina que queda al descubierto. En la enfermedad parodontal, el cemento adyacente al esmalte se desintegra. El esmalte forma entonces un reborde, que puede confundirse con tartaro, cuando se raspa el esmalte del diente.

Reabsorción y Reparación del Cemento.

El cemento de todos los dientes está sujeto a reabsorciones, ésta puede ser de --proporciones microscópicas, o de grandes proporciones, las cuales pueden ser detectadas radiográficamente, como alteraciones del contorno radicular, La reabsorción del cemento puede ser debida a factores locales o factores sistémicos, o puede aparecer sin etiología aparente (idiopática).

La reparación de cemento requiere de la presencia de tejido conectivo sano, esto ocurre tanto en dientes vivos, como en dientes desvitalizados.

d).- HUESO ALVEOLAR.

Características.

Se llama proceso alveolar a la porción de hueso del maxilar superior y del maxilar inferior o mandíbula, que forma los alveolos de los dientes. Está constituido de hueso esponjoso encerrado por densas capas corticales. La pared del alveolo adyacente al ligamento parodontal es delgada y relativamente densa, se llama hueso alveolar propiamente dicho, o hueso alveolar de soporte. El septum o tabique interdental está formado por hueso esponjoso encerrado en un margen compacto. El proceso alveolar funciona como una unidad, todas sus partes participan como soporte de los dientes. Las fuerzas oclusales se transmiten por el ligamento parodontal hacia la pared interna del alveolo, esta pared interna está sostenida por trabeculas esponjosas las que a su vez están sostenidas por las corticales vestibulares, linguales o por las palatinas. Estas corticales están perforadas por numerosos canales por donde pasan los vasos sanguíneos, los vasos linfáticos y los nervios.

El hueso alveolar está compuesto por osteositos, que están depositados en una matriz intracelular la cual tiene un componente orgánico y otro inorgánico. El componente inorgánico es en forma de red cristalizada formada por calcio, fósforo, magnesio, potasio, etc. El componente orgánico está compuesto de colágeno y mucopolisacáridos.

El Contorno del Hueso Alveolar.

El contorno del hueso alveolar, sigue las prominencias de las raíces, con depresiones verticales entre ellas que se adelgazan hacia el margen. La altura y

el grosor de las láminas óseas vestibular y lingual son afectadas por el alineamiento de los dientes y por la angulación de las raíces en el hueso. La porción cervical de hueso alveolar se encuentra considerablemente engrosada por vestibular como refuerzo, contra las fuerzas oclusales.

Liabilidad del Hueso Alveolar.

En contraste con su aparente rigidez, el hueso alveolar es el menos estable de los tejidos parodontales, su estructura está en constante fluctuación.

El hueso es absorbido en zonas de presión y formado en zonas de tensión. La altura, contorno y densidad del hueso alveolar, dependen de este equilibrio fisiológico, que se manifiesta en tres zonas: 1).- Adyacente al ligamento parodontal 2).- En relación con el mucoperiostio del hueso alveolar. 3).- A lo largo de los márgenes endostales de los espacios medulares.

Igual que el resto del sistema esquelético, el hueso alveolar depende de la estimulación funcional para la preservación de su estructura. Las trabeculas óseas alveolares, están alineadas de modo tal para proveer la máxima resistencia a las fuerzas oclusales con el mínimo de substancia ósea. Las trabeculas se encuentran remodelando y realineando de acuerdo con las modificaciones de las fuerzas oclusales. El hueso es eliminado de las zonas en donde ya no es utilizado y construido en las zonas en donde ya no es utilizado y construido en las zonas en donde lo exigen las nuevas necesidades. Las trabeculas aumentan en número y grosor cuando aumentan las demandas funcionales y disminuyen en grosor y número

y se reducen de altura, en los dientes sin antagonista, a esto se le llama atrofia por desuso.

El hueso esponjoso aparece cuando la función requiere de la transmisión de fuerzas de tensión y compresión, el hueso alveolar tiene sus trabeculas orientadas - en la trayectoria de las fuerzas de máxima tensión y compresión.

CAPITULO SEGUNDO

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL.

ENFERMEDAD PARODONTAL.

El término enfermedad parodontal se usa de modo general para designar a las enfermedades de todos los tejidos del parodonto.

En la terminología corriente, sin embargo se separan las enfermedades de la encía y las enfermedades de los tejidos parodontales de soporte y se les designa como entidades separadas.

Con ciertas excepciones los factores etiológicos responsables de la enfermedad gingival y parodontal son los mismos. Se acostumbra dividirlos en locales y sistémicos.

Los factores locales son aquellos situados en la inmediata vecindad de la encía y de los tejidos de sostén.

Los factores sistémicos son los estados orgánicos que afectan en forma adversa a los tejidos parodontales.

Existe una interrelación en el efecto de los factores locales y sistémicos sobre los tejidos parodontales. Generalmente hay más de un factor local. El efecto de los factores etiológicos locales es a veces alterado en forma espectacular por la influencia sistémica. Y también la respuesta gingival y parodontal a los factores sistémicos es modificada por el medio ambiente local.

Factores Locales.

Tártaro.

El tártaro es una masa adherente, calcificada o en calcificación que se forma sobre la superficie de los dientes. De acuerdo a su localización respecto al borde gingival, la dividimos en tártaro supragingival y tártaro subgingival.

El tártaro supragingival o visible es el que se sitúa coronariamente en la cresta del margen gingival y es por lo tanto visible en la cavidad oral. Es generalmente blanco y blanco amarillento, de consistencia arcillosa dura y fácilmente desprendible. La coloración puede ser modificada por diversos pigmentos; tabaco, productos químicos o alimenticios. Puede estar localizada en un sólo diente, en un grupo de dientes o generalizada en toda la boca. El tártaro supragingival se localiza más en las caras vestibular de los molares superiores y en la cara vestibular de los anteriores inferiores.

Tártaro Gingival

Está situado por debajo de la cresta del margen gingival y no es visible al examen oral. Para determinar su existencia y su extensión debe recurrirse al cuidadoso sondaje con un explorador. Es denso, duro, de color marrón o negro verdoso, achatado y firmemente adherido a la superficie dental. Generalmente coexiste con el tártaro supragingival.

El tártaro está compuesto de una parte orgánica y otra inorgánica, la inorgánica formada de fosfato de calcio, carbonato de calcio, fosfato de magnesio, hidroxia-

patita, fosfato de cotocalcio, brushita, mucopolisacáridos, células epiteliales -
descamadas, leucocitos y restos de comida.

La orgánica está compuesta de microorganismos filamentosos gramm-positivos y --
gramm-negativos, cocos y basilos.

Factores que favorecen la formación de tártaro:

- 1.- Higiene dental defectuosa.
- 2.- Ingestión de carbohidratos.
- 3.- Mala técnica de cepillado.
- 4.- Caries retenedoras de placa bacteriana.
- 5.- Mal posición dentaria.
- 6.- Impactación de alimento.
- 7.- Cúspides impelentes.
- 8.- Restauraciones mal ajustadas o defectuosas.
- 9.- Anatomía dental defectuosa o defectos estructurales.
- 10.- Masticación unilateral.
- 11.- Ausencia de piezas.
- 12.- Diastemas.
- 13.- Dieta blanda o rica en carbohidratos.
- 14.- Aparatos ortodónticos alambrados.
- 15.- Respiración bucal.

El tártaro es uno de los irritantes responsables de la inflamación gingival y las en
fermedades parodontales. La combinación del efecto químico, bacteriano y me-

cánico del cálculo perpetúan la inflamación gingival y lleva a la enfermedad parodontal. El tártaro perpetúa los cambios inflamativos, degenerativos y proliferativos responsables de las enfermedades parodontales.

Trauma de la oclusión.

El trauma de la oclusión es la lesión a los tejidos parodontales producida por las fuerzas oclusales. Se llama también oclusión traumática y "traumatismo".

Puede ser por:

- 1.- Fuerzas oclusales excesivas.
- 2.- La dirección de las fuerzas.
- 3.- Fuerzas oclusales insuficientes.
- 4.- Mal posición o aberración funcional, desarmonía oclusal, desequilibrio funcional o distrofia oclusal.

El trauma de la oclusión puede ser considerado un factor primario de enfermedad parodontal, cuando hay destrucción de tejido de soporte y es la única alteración local a que el diente está sometido, ejemplo: restauración alta.

También cuando la destrucción de tejidos parodontales ocurre en los dientes que han migrado o se han extruído después de la extracción de dientes vecinos o antagonistas.

Empaquetamiento de comida.

El empaquetamiento de comida es el acunamiento forzado de comida en el paro-

donto por las fuerzas oclusales. Puede ocurrir interproximalmente o en las caras libres. Esto es una causa muy común de la enfermedad gingival y parodontal.

Mecanismos de empaquetamiento.

- 1.- Por cúspides impelentes.
- 2.- Mordida cruzada anterior.
- 3.- Desgaste oclusal.
- 4.- Pérdida del soporte proximal.
- 5.- Apertura oclusal permanente de espacios interdentes.
- 6.- Extrusión más allá del plano oclusal.
- 7.- Anomalías morfológicas congénitas.
- 8.- Dientes rotados.
- 9.- Nichos marcados entre dientes de cuello ancho.
- 10.- Inclinação bucolingual.
- 11.- Restauración mal construida.
- 12.- Falta de puntos de contacto.
- 13.- Situación incorrecta de los puntos de contacto.
- 14.- Contorno oclusal incorrecto.
- 15.- Extensión cervical ondulada en zonas mucosoportadas de prótesis parciales.
- 16.- Dientes ausentes no reemplazados.
- 17.- También hay empaquetamiento lateral de comida por la presión late-

ral de labios, carrillos y lengua, esto es más común cuando hay nichos cervicales y gingivales grandes.

Hábitos.

Los hábitos son factores importantes en la iniciación y progreso de la enfermedad parodontal.

Sorriin las clasifica de la forma siguiente:

- 1.- Neurosis, como morderse los labios o el carrillo que lleva a posiciones extrafuncionales a la mandíbula. Morder un palillo de dientes o de encajarlo entre los dientes, empuje lingual, morderse las uñas, etc.
- 2.- Hábitos ocupacionales, zapateros, tapizeros, carpinteros con los clavos en la boca. El morde hilo, o la presión con la boquilla de algunos instrumentos musicales.
- 3.- Misceláneos, como fumar cigarrillos o pipa, mascar tabaco, métodos incorrectos del cepillado, respiración bucal, chuparse el dedo, etc.

Bruxismo.

Consiste en el rechinar continuo y repetido de los dientes durante el día o la noche o ambos.

Otros hábitos oclusales relacionados con el bruxismo, son el apretamiento de los dientes, el golpeteo o castaño.

El bruxismo produce un desgaste oclusal excesivo y el engrosamiento del ligamen-

to parodontal.

Trauma de cepillado.

Un cepillado muy agresivo, horizontal o rotatorio, puede producir alteraciones - gingivales así como abración del diente.

Mal oclusión.

El alineamiento irregular de los dientes favorece el acumulo de restos y empaquetamiento de comida. Esto unido a la desarmonía oclusal lesiona seriamente el parodonto. La mordida cruzada anterior favorece la lesión de la encía de los dientes antagonistas. La mordida abierta, favorece la acumulación de restos de comida y la ausencia o disminución de la función.

Restauraciones Dentales Defectuosas.

Las restauraciones dentales y protesis defectuosas son causa común de lesiones gingivales y enfermedades parodontales. Los bordes desbordantes son sitios de acumulación de restos de comida. Las restauraciones que no reproducen el contorno vestibular de los molares llevan la comida al margen gingival con la consecuente lesión gingival y parodontal.

El contacto proximal inadecuado o de localización incorrecta y la defectuosa armonía de surcos marginales y de desarrollo llevan al empaquetamiento de comida. Las restauraciones que no concuerdan con los patrones de desgaste oclusal existentes, producen desarmonías oclusales y por consiguiente lesiones parodontales.

Procedimientos Odontológicos.

El uso incorrecto de las grapas del dique de hule, de matrices, de bandas de cobre, producen inflamación gingival y a la larga enfermedad parodontal. La separación imprudente, el empaquetamiento mal hecho de amalgama en caras proximales.

Instrumentos Musicales.

El tocar algún instrumento musical de viento, genera fuerzas sobre los dientes -- que pueden ser traumática para los tejidos gingivales y parodontales.

LOS FACTORES SISTEMICOS.

Los factores sistémicos son los estados sistémicos que afectan en forma adversa a --
los tejidos parodontales.

A).- Las Influencias Nutricionales.

El estado nutricional del individuo es indiscutible que afecta el estado parodon--
tal.

El carácter físico de la dieta, es un factor importante en la etiología de la enfer-
medad parodontal. Con una dieta bien balanceada en vitaminas, minerales, pro-
teínas, pero blanda lleva a la acumulación de restos y la consecuente enfermedad
parodontal. Las comidas firmes, fibrosas, favorecen a la encía, pues la estimulan
y es muy eficaz su acción limpiadora y también favorecen la conservación en buen
estado del ligamento parodontal y hueso alveolar.

Deficiencia Vitamina "A"

Produce metaplasia queratinizante del epitelio, aumenta la susceptibilidad a la -
infección, trastornos de crecimiento, forma y textura del hueso.

Deficiencia Complejo Vitamina "B"

La deficiencia de complejo "B" produce gingivitis, glositis, glosodinia, quelosis
e inflamación de toda la mucosa oral.

Deficiencia Vitamina "C"

(Ácido Ascórbico).

La deficiencia de la vitamina "C" en las enfermedades parodontales produce pérdida de hueso alveolar.

Deficiencia de Vitamina "D"

(Calcio y Fósforo).

La deficiencia de la vitamina "D" y el desequilibrio en la ingesta de calcio y fosforo produce trastornos en la formación y calcificación de huesos y dientes.

Deficiencia de Proteínas.

Produce cambios en el parodonto como degeneraciones del ligamento parodontal, osteoporosis del hueso alveolar, retardo en la reposición de cemento y en la cicatrización de las heridas, reducción de altura del hueso alveolar, pérdida ósea marcada en relación con la inflamación gingival.

Deficiencia de Hierro.

Provoca atrofas linguales, reducción de la queratinización del epitelio de la lengua, glositis y quelosis angular.

Deficiencia de Fl uor.

Las personas con fluor suficiente tienen más defensas para la enfermedad parodontal degenerativa. En las personas con elevada ingestión de fluor hay inclinación a la enfermedad parodontal con pérdida de hueso alveolar.

B).- Los Factores Endocrinológicos.

Influencias hormonales sobre el parodocio.

Hipotiroidismo.

Varía su efecto con la edad del paciente. En pacientes con cretinismo, no hay cambios notables en la parodonta. En pacientes con mixedema se ha encontrado enfermedad parodontal crónica con gran pérdida ósea.

Hipertiroidismo.

En pacientes con hipertiroidismo se ha descrito enfermedad parodontal supurativa.

Hiperparatiroidismo.

En pacientes con hiperparatiroidismo encontramos mal oclusión y movilidad dental, ensanchamiento del espacio parodontal, ausencia de cortical y aparición de zonas radiolucidas de aspecto quístico.

Diabetes.

Está considerada como una enfermedad que ocasiona trastornos en la estructura del parodocio en su transcurso la enfermedad conduce a disociación de proteínas, -- existen procesos degenerativos y de disminución de la resistencia a la infección, -- alteraciones vasculares y aumento de la tenacidad de las reacciones inflamatorias. Los pacientes diabéticos experimentan muchos cambios orales como; sequedad de la boca, eritema difuso de la mucosa oral, lengua saburral y rojo, tendencia a -- la formación de abscesos parodontales, encía agrandada, papilas gingivales, po--

lipoides y aflojamiento de dientes, con destrucción alveolar tanto vertical como horizontal.

En pacientes diabéticos con mal higiene bucal y cálculos puede haber gran inflamación gingival, bolsas profundas y abscesos parodontales. En diabéticos juveniles hay a menudo gran destrucción parodontal.

La distribución y severidad de los irritantes locales y del trauma oclusal afectan la gravedad de la enfermedad parodontal en los pacientes diabéticos.

C).- Trastornos Hemáticos.

A menudo la primera indicación de un trastorno hemático ocurre en la boca. Los trastornos gingivales y parodontales asociados con las discracias sanguíneas, deben ser consideradas en término de las interelaciones fundamentales entre los tejidos orales y la sangre y órganos hematopoyéticos.

Leucemia.

En todas las enfermedades de leucemia, las irritaciones locales son los factores precipitantes de los cambios orales. Los cambios que pueden ocurrir en la leucemia son; coloración rojo-azulada, cianótica difusa con superficie brillante de toda la mucosa gingival, margen gingival redondeado y tenso, pérdida de las papilas interdentales con ulceraciones, necrosis y formación de pseudomembranas, abscesos graves, reabsorción ósea generalizada, ausencia de cortical, espacios parodontales difusos e irregulares, osteoporosis, elevación subperióstica en la región mentoniana y en otros huesos.

Anemia.

Anemia es cualquier deficiencia en la cantidad o calidad de la sangre manifestada por una reducción en el número de eritrocitos y en la cantidad de hemoglobina.

- 1.- Palidez difusa de la encía.
- 2.- Lengua lisa.
- 3.- Osteoporosis generalizada de los huesos maxilares y palidez de la mucosa oral.

Púrpura Trombocitopenica.

Hay hemorragia espontánea de las mucosas, hay petequias y vesículas hemorrágicas, especialmente en el paladar y en la mucosa vestibular, la encía hinchada, -blanda friable. Reducción del número de plaquetas, prolongación del tiempo de sangrado y retracción del coágulo y tiempo de coagulación un poco prolongado.

Hemofilia.

La hemofilia se caracteriza por hemorragia prolongada aun por heridas menores. - El tiempo de coagulación es muy prolongado y el tiempo de sangría normal.

Enfermedades Debilitantes y su Relación con el Parodonto.

Las enfermedades debilitantes como la sífilis, nefritis crónica o tuberculosis, pueden predisponer a la enfermedad parodontal, reduciendo la resistencia tisular a -- los irritantes locales y creando una tendencia a la reabsorción ósea alveolar.

Trastornos Psicosomáticos y su Relación con el Parodonto.

Se entiende como los efectos perjudiciales resultantes de la interpolación de influencias psíquicas en el control orgánico de los tejidos. Esto se produce de dos modos en la cavidad oral:

- 1.- Por el desarrollo de hábitos lesivos a los tejidos parodontales como son; bruxismo o apretamiento de dientes, hábitos labiales o linguales, movimientos de la mandíbula a posiciones afuncionales o con interpolación de objetos extraños como lápices, uñas, pipas, tabaco, etc.
- 2.- Por el efecto directo del sistema autónomo sobre el equilibrio fisiológico de los tejidos parodontales como son; la alteración de la circulación vascular, la disminución de secreción de la saliva, influencia sobre los músculos de la masticación, perjudica los movimientos mandibulares y lesiona la A.T.M.

CAPITULO TERCERO

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL.

Las enfermedades del parodonto se clasifican en dos grandes grupos:

- 1.- Enfermedad gingival.
- 2.- Enfermedad parodontal.

Las enfermedades gingivales son aquellas que parecen clínicamente confinadas a la encía, mientras que las enfermedades parodontales provocan la destrucción de los tejidos parodontales de soporte.

- 1.- Enfermedad Gingival.- La forma más común de la enfermedad gingival de la inflamación crónica, que generalmente se extiende hacia los tejidos de soporte iniciando así la enfermedad parodontal. La inflamación es una característica de todas las formas de enfermedad gingival, puede ser el único proceso patológico, puede sobreponerse a una enfermedad gingival degenerativa de origen sistémico, o puede precipitar la enfermedad clínica en pacientes con enfermedades sistémicas que por sí solos no producen cambios gingivales.

Clasificación de la enfermedad gingival.

TIPO DE ENFERMEDAD GINGIVAL.	HISTOPATOLOGIA	ETIOLOGIA
Gingivitis no complicada		
Gingivitis marginal crónica	Inflamación crónica	Irritación local (mecánica, química, bacteriana)

TIPO DE ENFERMEDAD GINGIVAL.	HISTOPATOLOGIA	ETIOLOGIA
Gingivitis ulceronecrotizante aguda.	Inflamación necrotizante aguda con formación de pseudomembranas.	Desconocida - se sospecha el complejo bacteriano fusospiroquetal.
Gingivostomatitis herpética aguda y otras infecciones virósicas.	Inflamación aguda con formación de vesículas.	Herpes simplex y otros virus.
Gingivitis alérgica.	Inflamación aguda con pronunciada respuesta vascular.	Diversos alérgenos (pelo, comidas).
Gingivitis inespecífica.	Inflamación con o sin ulceración.	Irritación local - (química, mecánica, térmica).
Tuberculosis y sífilis.	Inflamación granulomatosa específica.	Bacteriana - M. - tuberculosis T. pallidum.
Moniliasis y otras infecciones fúngicas.	Inflamación y ulceración - con una gruesa capa superficial de hongos.	Micótica - Monilia albicans y otros hongos.
Pioestomatitis vegetante.	Hiperqueratosis y acantosis del epitelio. Inflamación - granulomatosa con abscesos miliares no rupturados.	Desconocida.
Gingivitis Combinada		
Dermatosis que afectan la encía (liquen plano, pénfigo, eritema multiforme, lupus eritematoso).	Inflamación crónica con el cuadro característico de las diferentes dermatosis.	Sistémica - (desconocida) más irritación local.

TIPO DE ENFERMEDAD GINGIVAL.	HISTOPATOLOGIA	ETIOLOGIA
Gingivitis descamativa crónica (gingivosis).	Atrofia epitelial con desca- mación, generación de la — membrana basal y substancia fundamental del tejido conec- tivo e inflamación.	Sistémica - (Des- conocida) más — irritación local.
Gingivostomatitis menopáusica crónica (gingivitis atrófica se- nil).	Atrofia epitelial, degenera- ción de la membrana basal y de la substancia fundamental del tejido conectivo e infla- mación.	Hormonal más — irritación local.
Penfigoide benigno de las mucos- as.	Inflamación crónica, degene- ración epitelial con forma- ción de vesículas subepitelia- les; histopatología variable.	Sistémica - (Des- conocida) más — irritación local.
Gingivitis Condicionada		
Gingivitis en el embarazo y pu- bertad.	Inflamación con exagerada — vascularidad y edema.	
Gingivitis en la deficiencia de vitamina "C".	Inflamación más degeneración colágena y hemorragia inters- tical.	Irritación local y etiología sistémi- ca.
Gingivitis en la leucemia.	Inflamación más infiltración — difusa de leucocitos en proli- feración.	
Agrandamiento Gingival.		
Inflamatorio	Inflamación aguda o crónica	Irritación local — (química, micro- biana, térmica, — mecánica).

TIPO DE ENFERMEDAD GINGIVAL.	HISTOPATOLOGIA	ETIOLOGIA
Hiperplásico no inflamatorio.	Hiperplasia no inflamatoria del epitelio y tejido <u>conec</u> <u>tivo</u> .	Dilantina, here- ditaria, idiopáti- ca.
Combinado.	Hiperplasia del epitelio y tejido conectivo más infla- ción superpuesta.	Irritación local superpuesta sobre un agrandamiento gingival no infla- matorio.
Condicionado	Inflamación modificada por el estado sistémico.	Irritación más una modificación del - estado sistémico - (hormonal - emba- razo, pubertad - - leucemia, deficien- cia de vitamina C).
Neoplásica.	Tumor.	Desconocida.
Del desarrollo.	Inflamación crónica.	Situación de la en- cía sobre el esmal- te en el curso de la erupción más irrita- ción local.
Recesión		
Atrofia gingival	Denudación del cemento con migración de la adherencia - epitelial en dirección apical.	Fisiológica (edad) Patológica Trauma mecánico - (cepillado ganchos) Trauma mecánico - más posición anor- mal del diente Inflamación (irrita- ción local). Por desuso Idiopática

2.- Enfermedad parodontal.- Enfermedad parodontal destructiva crónica

es un término que engloba a todas las enfermedades parodontales.

La enfermedad parodontal se divide en:

- a).- Periodontitis; destrucción del parodonto causada por la irritación local.
- b).- Periodontosis; enfermedad degenerativa no inflamatoria causada - por factores sistémicos.
- c).- Síndrome Parodontal; combinación de cambios degenerativos de - origen sistémico e inflamación de causa local.
- d).- Trauma de la oclusión; proceso destructivo de los tejidos parodon- tales de soporte, que comparte con la inflamación, la responsabi- lidad de la pérdida del diente.

Clasificación de la Enfermedad parodontal.

TIPO	HISTOPATOLOGIA	ETIOLOGIA
Periodontitis		
Periodontitis simple	Inflamación crónica de la en- cía; bolsas periodontales; re- absorción ósea; destrucción - del ligamento periodontal y - exfoliación del diente.	Irritación local.
Periodontitis compuesta	Inflamación crónica; reabsor- ción de hueso alveolar y ce- mento; destrucción del liga- mento periodontal con cambios vasculares, degenerativos y - necróticos; aumento de la in- cidencia de bolsas infraóseas y pérdidas óseas verticales.	Irritación local más desarmonía oclusal.

TIPO	HISTOPATOLOGIA	ETIOLOGIA
Periodontosis		
Periodontosis inicial.	Degeneración no inflamación del ligamento periodontal, osteolisis (?), disminución de la formación de cemento (?).	Sistémica (?)
Periodontosis avanzada (Síndrome periodontal).	Degeneración no inflamatoria de los tejidos periodontales de soporte complicada con inflamación y/o trauma de la oclusión.	Sistémica (?) más irritación local y/o desarmonía oclusal. Desarmonía oclusal.
Trauma de la Oclusión		
	Cambios degenerativos y necróticos de los tejidos periodontales de sostén con tendencia al ensanchamiento del ligamento periodontal y reabsorción ósea angular.	Desarmonía oclusal.
Atrofia Periodontal.		
Atrofia presenil.	Reducción en la altura del periodoncio.	Desconocida.
Atrofia por desuso.	Adelgazamiento del ligamento periodontal, adelgazamiento y reducción del número de fibras periodontales, pérdida de la disposición fascicular de las fibras, cemento engrosado, reducción en la altura del hueso alveolar.	Disminución o ausencia de fuerzas oclusales.

CAPITULO CUARTO

DIAGNOSTICO.

Para un tratamiento correcto es esencial un diagnóstico acertado. Además del reconocimiento y diferenciación de las enfermedades parodontales, el diagnóstico debe incluir una comprensión de los procesos patológicos subyacentes y su etiología. Por estar nuestro interés en el paciente y no simplemente en la enfermedad en sí, el diagnóstico debe reunir los datos suficientes para describir con exactitud el problema del paciente con una sola revisión. Para llegar a este diagnóstico al efectuar el examen debemos tener una valoración del paciente sobre su aspecto general, por ejemplo, su aspecto facial, manera de caminar, posturas, respiración, temperatura, piel, zonas submaxilares, zonas parotídeas, junto con el estudio concienzudo de la cavidad oral. El diagnóstico debe ser sistemático y organizado con un propósito específico.

HISTORIA CLINICA.

Se debe hacer un examen preliminar para averiguar las causas del motivo de la consulta y completarlo con el interrogatorio al paciente, describiendo lo que siente, como por ejemplo; sangrado de la encía, movilidad dental, separación de dientes, mal sabor de boca, sensación de picazón en las encías, dolor sordo, pulsátil, irradiado, sensación de ardor en las encías, sensibilidad al frío o al calor, mal aliento, frecuencia con que visita al dentista, forma de cepillado (método y frecuencia).

Es muy importante tener una serie radiográfica bucal del paciente para complementar con objetividad lo que apreciamos y de esta manera comprobar la cantidad de hueso destruido, así como su distribución para precisar un pronóstico aceptado.

Los tejidos orales deben ser examinados cuidadosamente, para detectar en la mucosa oral, labios, piso de la boca, lengua y paladar, trastornos que lesionen su integridad como; tumefacciones, neoplasias, atrofas, sífilis, tuberculosis o cambios en la textura, coloración, así como también valorar la movilidad y sensibilidad dentaria, la oclusión, explorar cálculos supra e infragingivales, bolsas parodontales, determinar su contorno y su profundidad.

PRONOSTICO.

Es la predicción de la duración, curso y terminación de la enfermedad y la posibilidad de su respuesta al tratamiento. El pronóstico debe ser determinado antes de planear el tratamiento. El pronóstico en la enfermedad gingival depende del rol que la inflamación juege en el proceso patológico. Si la inflamación es el único proceso patológico el pronóstico será favorable siempre que los irritantes locales puedan ser corregidos y el paciente coopere con una correcta higiene oral y masaje gingival.

Si la inflamación es un factor secundario superpuesto a un cambio gingival de origen sistémico como el agrandamiento gingival dilatino, el pronóstico a largo plazo depende del control de estado sistémico y de la eliminación por el tratamiento local, de las causas inflamatorias.

Conviene insistir en que en todos los casos el pronóstico de la enfermedad gingival, depende de una correcta higiene oral y masaje gingival por parte del paciente.

En las enfermedades parodontales, el pronóstico puede referirse a todos los dientes (pronóstico general), o referirse a un diente en particular (pronóstico individual).

Al determinar el pronóstico general se toma en cuenta la rapidez con que avanza la enfermedad parodontal. Si el avance es lento y la lesión es vieja sin mostrar cambios notables, el pronóstico es favorable pero si la lesión es nueva y hay cambios notables en el tejido óseo con movilidad dentaria, el pronóstico será malo.

En los dientes multiradicales el pronóstico es mejor que en dientes uniradicales con una raíz corta y cónica debido al mejor tejido de soporte de los dientes multiradicales.

PLAN DE TRATAMIENTO.

El plan de tratamiento es la guía para el manejo del caso. Debe incluir todos los planteamientos necesarios para restablecer la salud oral, tales como qué dientes - deben ser extraídos y cuales conservados, si se eliminan las bolsas por medio de raspaje y curetaje o por una técnica quirúrgica, qué restauraciones se emplearán, los dientes que se usarán como pilares, etc. Este plan se puede modificar por circunstancias imprevistas.

Nos debe interesar más los dientes que están más seguros de poderse conservar y sanar y estar en función, que los dudosos de poder sanarse.

El plan de tratamiento lo podemos dividir en cuatro fases:

- 1.- FASE DE TEJIDOS BLANDOS.- Consiste en la eliminación de la inflamación gingival y la eliminación de las bolsas paradontales y de los factores que las causan; restauración de zonas careadas, corrección de márgenes de las restauraciones existentes, remodelado de las caras libres y proximales y rebordes marginales oclusales de las restauraciones para obtener buenos puntos de contacto y adecuada excursión de los alimentos y la eliminación de hábitos perniciosos.
- 2.- FASE FUNCIONAL.- Esta consiste en la obtención de relaciones oclusales óptimas para toda la dentadura por medio del ajuste oclusal, procedimientos restauradores, prótesis y ortodónticos, ferulación, rehabilitación oclusal y corrección de bruxismo y apretamiento de dientes.
- 3.- FASE SISTEMICA.- El estado sistémico puede exigir precauciones especiales en el curso del tratamiento o pueden afectar a la respuesta tisular de los procedimientos terapéuticos.
- 4.- FASE DE MANTENIMIENTO.- Consiste en el mantenimiento del local conducente a la salud paradontal. Incluye la instrucción del paciente en la fisioterapia oral y los controles a intervalos regulares de acuerdo a las necesidades para constatar el estado del parodonto, de las restauraciones dentales, las necesidades de nuevos ajustes oclusales y las radiografías de control.

CAPITULO QUINTO

INSTRUMENTAL.

Existe un variado instrumental destinado exclusivamente para el tratamiento de las enfermedades parodontales, estos instrumentos han sido diseñados con una finalidad específica. Existen instrumentos para:

Remoción de sarro.

Curetaje de la encía y eliminación de tejido enfermo.

Alisamiento de la superficie radicular.

A primera vista la gran variedad de instrumentos diseñados para el mismo fin parece confundirnos, pero con la experiencia y la práctica se selecciona un pequeño grupo de instrumentos con los cuales podemos realizar todos los procedimientos parodontales.

CLASIFICACION DEL INSTRUMENTAL.

- 1.- Sondas y Pinzas Marcadoras.
- 2.- Exploradores.
- 3.- Azadas.
- 4.- Raspadores Superficiales.
- 5.- Raspadores Profundos.
- 6.- Curetas.
- 7.- Limas.
- 8.- Instrumental para eliminar el tejido gingival.

a).- Bisturíes parodontales.

b).- Escarpelos.

c).- Instrumentos para electrocirugía.

d).- Instrumentos para electrocauterio.

9).- Instrumentos para limpieza y pulido.

a).- Tacitas de goma.

b).- Porta pulidores.

c).- Cepillos de cerdas.

d).- Tiras para pulir superficies radiculares y coronarias.

10).- Aspirador.

1).- Sondas y pinzas marcadoras.

Sondas - Es un instrumento con un extremo cilíndrico que se va adelgazando y termina en forma roma. El extremo está marcado en milímetros, y se proyecta del cuello en ángulo obtuso para que pueda llegar a las superficies del diente y determinar el contorno de las bolsas.

Pinzas marcadoras - Las pinzas marcadoras, son de Crene-Kaplan modificadas - son un par de instrumentos en forma de pinzas de algodón. Un extremo es agudo y doblado en ángulo recto con el eje del instrumento, el otro es recto y romo. Se introduce el extremo recto hasta el fondo de la bolsa, y se cierra el instrumento - creando así un punto sangrante en la mucosa correspondiente al fondo de la bolsa.

2).- Exploradores.

Son instrumentos delicados y livianos, uno de sus extremos tiene forma de hoz y -

el otro extremo se halla contraangulado, con el extremo doblado en angulo recto. Este instrumento se utiliza para localizar los depositos subgingivales antes del raspaje, para controlar la superficie ya alizada y tambien nos sirve para determinar la profundidad de las bolsas.

3).- Azadas.

Las azadas de Macall, se utilizan para alizar las superficies radicales; esto comprende la remoción de los fragmentos adheridos de sarro subgingival y del cemento reblandecido.

4).- Raspadores superficiales.

Estos instrumentos los usamos para eliminar los depositos supragingivales. Entre otros tenemos los raspadores de "C.I.", los de Jaquette.

5).- Raspadores profundos.

Estos los utilizamos para la eliminación de depositos profundos y supragingivales. Entre otros tenemos los de Younger-good #7 y 8, los de Morse, etc...

6).- Curetas.

Se utilizan en el tratamiento de las paredes blandas dela bolsa parodontal, eliminación de pequeños depositos sobre la superficie radicular. Tenemos entre otros -- las curetas de Julian Smith #5 y 6, las de Gracey.

7).- Limas.

Estas nos sirven para alizar o dar un terminado a las superficies dentarias. Entre otras tenemos, las de Hutchinson, las de Towner.

8).- Instrumentos para eliminar el tejido gingival.

Los instrumentos de cirugía de Kirklan # 12 13 14. Este grupo de instrumentos lo utilizamos para la técnica de la gingivectomia, nos sirve para desprender la encia marginal despues de la incisión y para la eliminación de fragmentos de tejido que muchas veces pueden quedar adheridos a la encia marginal. Los bisturíes de Orban tienen forma de lanza y nos sirven para unir interproximalmente las incisiones vestibulares y linguales en la gingivectomia.

9).- Instrumentos para la limpieza y pulido.

a).- Tacitas de goma.

b).- Porta pulidores.

c).- Cepillos de cerdas.

d).- Tiras para pulir superficies coronarias y radiculares.

Todos estos ultimos instrumentos son para el terminado de cualquier procedimiento parodontal.

10).- Aspirador.

Este aparato es indispensable para todos los procedimientos parodontales pues nos da mejor visibilidad.

Disposición del instrumental.

Los instrumentos deben conservar en la mesa una disposición y acomodo que permitan al cirujano encontrarlos rapidamente sin perdidas de tiempo, que repercuten sobre la operación y por consiguiente en el paciente. Por lo tanto es muy util que el instrumental tenga un orden fijo en la mesa.

Al retirar cada instrumento y usarlo, el cirujano vuelve a colocarlo en el mismo-

lugar de donde lo tomo. Se acostumbra dividir la mesa en cuatro cuadrantes, los cuales estan destinados siempre a recibir los mismos instrumentos.

Los cuadrantes los designamos simplemente , A,B,C,D.

A.- Sector anterior derecho.

En este sector se colocan los instrumentos destinados a seccionar los tejidos blandos separarlos y mantenerlos: bisturíes, pinzas de disección y dientes de ratón, tijeras rectas, pinzas de Kocher, de algodón, de balloneta, espejo bucal, explorador, -- leguas, espátulas romas, separadores, jeringa , anestesia en cartuchos.

B.- Sector posterior derecho.

Destinado para los instrumentos que se usan para la osteotomía y tratamiento de la cavidad ósea. Pinzas gubias, osteotomo, fresas quirúrgicas para hueso, cucharillas para hueso.

C.- Sector posterior izquierdo.

En este sector se colocan: a la derecha, los instrumentos destinados a la sutura:--- aguja y porta aguja, sutura: catgut, seda, etc... A la izquierda: exploradores, - gasa cortada en trozos, un godete con suero fisiológico, una jeringa hipodérmica.

D.- Sector anterior izquierdo.

Este sector se designa para los instrumentos especiales para cada operación, en - nuestro caso instrumentos parodontales.

Compresas.

Se denominan compresas, los trozos de género de hilo o algodón, que sirven para cubrir la mesa de instrumentos y proteger el campo operatorio. Se usan dos tipos -

de compresas, las fenestradas, o las simples., segun que operemos al paciente sentado o acostado. Para cuando el paciente esta sentado, empleamos una compresa- que mandamos preparar, de genero de hilo o algodón de forma cuadrilatera de 80- cms. por 120 cms. de largo. En la unión de su tercio superior con los dos inferiores, existe una perforación de forma obal con sus bordes dobladillados, que permiten una vez colocada la compresa sobre la cabeza del paciente, dejar al descubierto sus ojos y su boca.

Otros operadores prefieren envolver la cabeza del paciente, con una compresa a - modo de turbante y colocar otra sobre el cuello del paciente, nada hay que objetar a este procedimiento. En caso de operar a un paciente acostado y con anestesia general, debiendo el anestesista vigilar al paciente, la posición de las compresas varia algo, se coloca una compresa sobre el pecho del paciente y otra sobre la cab^{ca}beza, cubriendo hasta la nariz, estas compresas se fijan entre si con pinzas de campo.

Auxiliares del cirujano.

Ayudante.- El papel del ayudante en la cirugía bucal es de gran importancia. Su posición a la izquierda del paciente dominando el campo y teniendo acceso a él. La indole de sus funciones requiere que deba seguir los movimientos del cirujano. La función de sostener los separadores que levantan el labio o los colgajos, para que sea efectiva, debe estar designada a otro ayudante o a la enfermera practica. En todo caso, el ayudante puede sostener los separadores con la mano derecha y -secar o hacer atras maniobras con la mano izquierda.

Enfermera.- La enfermera practica tiene el papel de sostener los separadores. En tal caso se coloca detras del paciente, ella siempre debe tener acceso y visión del campo operatorio. Cuando el ayudante es el que separe, la enfermera usa el aspirador o seca el campo con las pinzas de bayoneta y gasa.

CAPITULO SEXTO.

ANESTESIA.

CONSIDERACIONES ANATOMICAS.

Los nervios de la región dentogingival, provienen del quinto par craneal llamado trigémino, el cual da la sensibilidad a toda la cara. Esto nos explica las irradiaciones dolorosas a toda una mitad de la cara que afectan a veces - a los pacientes con caries en un solo diente. Dos de las tres ramas del trigémino que son los nervios maxilar superior y el nervio maxilar inferior, se dividen en numerosas ramificaciones las cuales las más importantes para el objeto que nos ocupa son; para el maxilar superior, los nervios dentarios posteriores que dan inervación a los cuatro molares superiores, el nervio dentario medio para los premolares y caninos, y el nervio dentario anterior que inerva a todos los incisivos y caninos. El nervio esfenopalatino se divide en siete ramas de las cuales las tres últimas palatinas anterior, posterior y media - van a dar inervación al paladar.

El nervio maxilar inferior, tercera rama del trigémino, se divide en dos troncos: el anterior va a dar origen a las ramas temporobucuales, temporal profundo y temporomaseterino.

El tronco posterior da cuatro ramas de las cuales la más importante es el nervio dentario inferior, que da origen a las ramas dentarias destinadas a inervar a los gruesos molares inferiores, los premolares y los caninos. Las ramas terminales del nervio dentario inferior son el nervio incisivo y el nervio mentoniano.

Estas diferentes ramas pueden ser abordadas para la inyección de la solución anestésica, en sitios que por referencia se sabe que pasa el nervio para interrumpir la conducción del estímulo doloroso.

Modos de acción de los anestésicos.

Todos los anestésicos locales son sales de sustancias básicas. La base libre en presencia del medio alcalino de los tejidos se libera, retardando a pequeñas dosis, pero deteniendo a dosis apropiadas el paso de los iones a través de la membrana.

Se supone que el mecanismo de la acción es un fenómeno de superficie. La solución analgésica provee una gran superficie libre de iones de la base con carga positiva, que son bien absorbidos por las fibras y terminaciones nerviosas que tienen carga negativa. Los iones positivos son selectivamente absorbidos por el tejido nervioso.

Propiedades farmacológicas de los anestésicos.

Todo anestésico local usado en odontología debe llenar los siguientes requisitos:

- 1).- Periodo de latencia corto.
- 2).- Duración adecuada al tipo de intervención.
- 3).- Compatibilidad con vasopresores.
- 4).- Difusión conveniente.
- 5).- Estabilidad de la solución.
- 6).- Baja toxicidad sistémica.
- 7).- Alta incidencia de anestesia satisfactoria.

Clasificación de la anestesia en odontología.

- A).- Anestesia tópica.
- B).- Anestesia por punción.
- I).- Anestesia infiltrativa o terminal.
- II).- Anestesia troncular o regional.

A).- Anestesia tópica.

En odontología esta anestesia ha adquirido una gran importancia. Aun después de una correcta premedicación, son muchos los pacientes en los cuales no se logra excluir el temor de la necesaria punción para la introducción del líquido anestésico. Se debe dar confianza y tranquilidad al paciente, haciendo indolora la punción, lo cual se puede lograr con una buena anestesia tópica.

Técnica para la aplicación de la anestesia tópica.

Para aplicar esta anestesia comenzamos por secar la mucosa del punto en donde llevaremos a cabo la punción, esto lo haremos con aire de preferencia caliente o con una torunda de algodón. Después se rocía el spray o se aplica la pomada en esta zona dos o tres veces. Se recomienda el lavado inmediato para lograr dos objetivos: uno de carácter psicológico, que es romper la tensión a la cual está sometido el paciente, y otro de carácter práctico, para evitar que el líquido anestésico o la pomada se extienda a zonas de la mucosa bucal o lingual, que no se desean anestesiar.

Transcurridos unos segundos se logra la anestesia superficial, se hace la punción, siguiendo una correcta técnica, el paciente queda gratamente sorprendi

do y dispuesto a otorgarnos una mayor confianza.

B).- Anestesia por punción.

Bajo esta denominación se entiende la introducción en el organismo y precisamente en la zona de elección del líquido anestésico mediante una misma solución - de continuidad conseguido por una aguja hipodérmica de características determinadas.

Es necesario comprobar el buen estado de la aguja que vamos a utilizar, tanto - por las ~~consecuencias~~ en el momento de la punción, como por el dolor que se - puede provocar después de que pase el efecto de la anestesia.

I).- Anestesia por infiltración o terminal.

La práctica de esta anestesia tiene por objeto, bloquear las terminaciones nerviosas en la zona o zonas apicales de los dientes y precisamente en el repliegue, - mucoperiostico donde la inyección se practica sin ninguna presión capaz de - desgarrar los tejidos y hacer dolorosa la inyección, dando lugar a un postoperatorio desagradable.

En términos generales la técnica consiste en la introducción de la aguja, previa anestesia tópica, generalmente corta, en el repliegue mucoperiostico, es decir en el fondo del vestíbulo del diente a tratar.

Para poder perfectamente manifestar el fondo del vestíbulo, del diente a tratarse sujeta con una gasa el labio superior o inferior, y se jala discretamente, de - esta forma se pone en tensión el fondo del saco y no se produce sensación de -- presión al introducir el líquido anestésico.

El bicel de la aguja debera ir orientado hasia el hueso, y la aguja paralela u oblicua al eje mayor del diente.

No se inyectara nunca en los frenillos, porque podemos provocar hemorragias internas con la consiguiente formacioón de hematomas, que son muy dolorosos.

La cantidad de liquido a depositar depende del tiempo de la intervencioón y al grado de la intervencioón.

Despues de la inyección del liquido debera darse un ligero masaje para facilitar la adecuada difusioón del liquido anestésico.

Por palatino la tecnica es: La posicioón del bicel sera perpendicular al eje mayor del diente, en la zona en donde se piensa esta el apice de la raiz palatina.

En el maxilar inferior la densidad del hueso es mayor que en el superior, los detalles, de la técnica son iguales que para el superior, solo que habremos de tener cuidado de infiltrar el liquido anestésico en la region de los apices, recordando que las raices de los dientes inferiores son más cortas y que se encuentran localizadas cerca del reborde alveolar por lo que tendremos que evitar la tendencia a penetrar profundamente.

II).- Anestesia troncular o regional.

Esta técnica bloquea el tronco terminal y por lo tanto una region determinada de la cara o de la boca.

Para utilizar esta técnica, es necesario conocer la region anatómica, porque esta técnica esta supeditada a la localizacioón de puntos anatómicos de referencia, a la direccioón, a la altura de la aguja, a la posicioón y direccioón de la jeringa.

Bloqueo de las ramas del maxilar superior.

Las ramas alveolares superiores posteriores, se bloquean introduciendo la aguja por detras de la cresta infracigomatica e inmediatamente distal al segundo molar. Despues se dirige la punta de la aguja hasia el tuberculo maxilar y se introduce dos o tres cm. haciendola dibujar una curva aplanada de concavidad superior. Esta técnica se llama tambien inyección de la tuberosidad.

El nervio palatino anterior se bloquea inyectando unas decimas de ml. en o al lado del agujero del conducto palatino posterior situado a la altura del segundo molar un cm. por encima del reborde gingival palatino.

El nervio nasopalatino se bloquea inyectando una decima de ml. en o al lado del agujero del conducto incisivo situado en la linea media por detras de los incisivos centrales superiores.

Indicaciones.

Esta técnica esta indicada para anestesiarse los dientes del maxilar superior. Para tratamientos conservativos en donde generalmente no se necesita anestesiarse la pulpa dentaria, la infiltracion de la mucosa gingival que rodea al diente es suficiente. Si se trata de intervenciones quirúrgicas, es necesario completar la infiltración palatina para cada diente en particular. Cuando se va a practicar la extracción de todos los dientes de la mitad del maxilar superior, es necesario el bloqueo tanto del nervio palatino anterior, como del nervio nasopalatino.

Bloqueo de las ramas del maxilar inferior.

Para bloquear el nervio dentario inferior. Se localiza con el dedo indice la linea

oblicua, es decir el borde interno de la rama del maxilar inferior. Se hace la --
punción inmediatamente por dentro de ese punto a un cm. del plano oclusal del
tercer molar. La jeringa debe mantenerse paralela al cuerpo de la mandíbula so-
bre todo al plano masticatorio de los dientes de la mandíbula. Desde este punto,
la punta de la aguja se introduce lentamente dos cm. pegada a la cara interna -
de la rama mandibular; al mismo tiempo se gira la jeringa hacia los premolares de
el lado contrario, manteniendola siempre paralela al plano masticatorio. La pun-
ta de la aguja se mantendrá durante toda la maniobra en contacto con el hueso -
de la superficie de la rama. Una vez alcanzado el punto deseado con la punta -
de la aguja se inyectan uno o dos ml. de anestesia.

El bloqueo se puede también efectuar insertando, desde un principio, la aguja --
con la jeringa en la posición final descrita anteriormente y haciendola avanzar
directa mente hacia la rama de la mandíbula.

Cuando se van a efectuar extracciones en la región molar es necesario completar-
la anestesia infiltrando el periostio y la mucosa del lado bucal inyectando en la-
mejilla 0.5 ml. de anestesia inmediatamente por encima de el repliegue mucoso-
correspondiente al tercer molar y así anestesiarnos el nervio bucal.

Indicaciones.

Este tipo de anestesia regional es el más adecuado para la cirugía bucal y el tra-
tamiento de los dientes de la mandíbula. Hacemos notar que la anestesia lograda
en los incisivos puede ser relativa debido a la doble innervación.

Bloqueo del nervio mentoniano.

Para lograr el bloqueo del nervio mentoniano debemos recordar que el foramen se encuentra en el repliegue inferior del vestibulo oral por dentro del labio inferior - e inmediatamente por detras del primer premolar. Con el dedo indice se palpa - el paquete vasculonervioso a la salida del agujero mentoniano. Se introduce la - aguja en dicho sitio hasta que la punta de la aguja este en la cercania inmedia - ta del paquete vasculonervioso. Con esta técnica se evita producir lesiones vascu - lonerviosas. El introducir la aguja en el propio agujero mentoniano para obtener - mejor anestesia no es recomendable, debido al riesgo que se corre de producir - lesiones nerviosas con transtornos de la sensibilidad del labio inferior.

Hay que infiltrar el nervio lingual para realizar la extracción de los anteriores - inferiores lo cual se logra inyectando una pequeña cantidad de anestesia local, - inmediatamente por detras del diente que se va a extraer.

Indicaciones.

En el tratamiento de los incisivos, caninos o primeros premolares de la mandibula.
En intervenciones quirurgicas en el labio inferior, mucosa gingival o porción la - bial del proceso alveolar. En la extracción masiva de dientes inferiores anteriores debe completarse con anestesia del nervio lingual.

CAPITULO SEPTIMO.

GINGIVECTOMIA.

Definición.

La técnica de la gingivectomía es el método de 'sección cuando se debe eliminar quirúrgicamente las bolsas parodontales.

En un sentido limitado el término gingivectomía, significa excisión de la encía.--

En realidad sin embargo, la gingivectomía consta de dos pasos : la excisión de la encía enferma y el raspaje y alisamiento de la superficie radicular. Para obtener los resultados deseados, ambos pasos deben ser hechos en forma completa.

Indicaciones.

La gingivectomía esta indicada como procedimiento efectivo para:

- a).- La eliminación de bolsas supraoséas profundas.
- b).- La eliminación de bolsas infraoséas.
- c).- Abscesos parodontales.
- d).- Lesiones de bifurcaciones y trifurcaciones.
- e).- Agrandamientos gingivales.
- f).- Defectos gingivales: cráteres gingivales, fisuras y festones.
- g).- Capuchones pericoronarios.

Efectividad.

La efectividad de la gingivectomía deriva de:

- 1).- Al eliminar el tejido gingival enfermo, que obstruye las superficies radiculares da visibilidad y accesibilidad.
- 2).- Al eliminar el tejido edematoso y fibroso, y los irritantes locales, crea un -

medio local favorable para la restauración del contorno fisiológico por el proceso de cicatrización.

Las bolsas que se deben eliminar por gingivectomía son:

- 1).- Cuando las bolsas tienen una profundidad tal que no se puede ver el tártaro - separando la pared blanda de la bolsa con una sonda o con un chorro de aire tibio.
- 2).- Cuando la pared de la bolsa es firme y fibrosa por lo que persistiría aun después de la eliminación de los irritantes locales.
- 3).- Cuando por cualquier razón hay una duda en la mente del operador sobre la posibilidad de eliminar la bolsa con "raspaje y curetaje", la existencia de esa duda indica la necesidad del uso de la gingivectomía.

Técnica de la gingivectomía del Dr. Robinson.

Preparación.

La boca del paciente puede ser preparada para la gingivectomía, por medio de un raspaje preliminar y la eliminación de otros irritantes para reducir la inflamación - antes de la cirugía. Este raspaje previo reduce la hemorragia durante la gingivectomía, pero no mejora la cicatrización postgingivectomía, ni la arquitectura gingival. Reduce la incidencia de bacteremia durante la gingivectomía.

El paciente con infecciones gingivales agudas, estas deben ser tratadas primero, el paciente debe estar libre de síntomas por lo menos un mes antes de la gingivectomía.

Premedicación.

Para pacientes aprensivos deben de premedicarse 30 minutos antes de la anestesia con un sedante como Nembutal (100mg.)

Anestesia.

La gingivectomía es una operación indolora. Debemos asegurarselo al paciente - desde el principio y hacer una anestesia completa local ya sea infiltrativa, o troncular.

Secuencia del tratamiento.

El paciente con formación generalizada de bolsas parodontales, la boca se tratara por cuadrantes a intervalos semanales. El Dr. Kirkland, recomienda empezar por el cuadrante inferior derecho, a la semana siguiente, el cuadrante superior derecho, para así permitir al paciente, masticar por el lado izquierdo, en las dos semanas siguientes se operan los dos cuadrantes izquierdos, superior e inferior.

Al hacer la gingivectomía de un cuadrante deben tratarse todas las lesiones parodontales que existan en dicho cuadrante.

Es indispensable en la gingivectomía el uso del aspirador, que nos permite una visión clara de cada superficie radicular, facilitandonos la eliminación completa de tártaro y el alisamiento de la superficie, nos permite también ver la extensión de las lesiones de los tejidos blandos y óseos, y nos evita el pasaje de la sangre al piso de la boca y a la orofaringe con las consiguientes molestias para el paciente.

Marcación de bolsas.

Las bolsas las exploramos con una sonda y luego las marcamos con las pinzas marca

doras de bolsas de Crane- Kaplan modificadas.

Se introduce el extremo recto de la pinza, hasta el fondo de la bolsa y el nivel se marca cerrando la pinza. Se marcan todas las bolsas vestibulares y linguales - de todo el cuadrante que se va a operar. Cada bolsa se marca en diversos sitios - de manera que quede una linea o contorno de puntos sangrantes.

Resección de la encía.

La encía la podemos resecar con bisturíes paradontales, bisturíes rectos, tijeras, - electrocirugia, electrocauterio. La eliminación de la encía enferma es una parte importante de la gingivectomía pero el instrumento con el que se realice no afecta al resultado del tratamiento.

Incisiones.

Hay dos clases de incisiones:

1).- Incisión discontinua.

Se comienza en la encía vestibular en el ángulo distal del ultimo diente y se lleva hacia adelante, siguiendo el curso de las bolsas, a traves de la encía enferma interdentaria y hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente.

La incisión siguiente comienza en donde termino la incisión anterior, cruza el espacio interdental del diente siguiente y va hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente. Se continua así hasta llegar a la linea media.

2).- Incisión continua.

Comienza en vestibular del ultimo diente y sigue hacia adelante sin interrupción - siguiendo el curso de los puntos sangrantes que marcan el fondo de las bolsas, hasta

Llegar a la línea media.

Debe prestarse atención especial a la inserción del frenillo labial, porque si está muy cerca de la incisión de la gingivectomía este frenillo impedirá la buena cicatrización y nos llevara a la recidiva de la bolsa paradontal.

Ya hecha la incisión vestibular se hace del mismo modo la incisión lingual. Una vez hechas estas dos incisiones se hace la incisión distal, la cual une estas dos incisiones en la parte distal del último diente erupcionado.

Profundidad de la incisión.

Un punto importante de la gingivectomía es la profundidad de la incisión. Debe ser apical a los puntos que marcan la profundidad de la bolsa y entre el fondo de la misma y la cresta ósea. Debe estar tan cerca del hueso como sea posible, pero sin exponerlo, de modo que eliminemos todo el tejido blando coronario al hueso.

Inclinación de la incisión.

La incisión debe tener una inclinación de bicel de aproximadamente 45 grados con la superficie del diente. La incisión debe de crear dentro de lo posible, la forma festonada normal de la encía, siempre que esto no implique dejar parte de la pared de la bolsa. La pared de la bolsa debe ser eliminada en forma completa aunque esto implique dejar un contorno anormal.

Una vez eliminada la pared de la bolsa se limpia el campo y se examina. Antes de comenzar el raspaje eliminamos el tejido de granulación, de modo que la hemorragia proveniente de esta no dificulte el curetaje. Se usan para esto las curetas de Julian-Smith # 5 y 6.

Se elimina el tártaro y el cemento necrosado, se aliza la superficie radicular con los raspadores de Ivori "C. I." superficiales, con los raspadores profundos de Yuoger- Good # 7 y 8, y las azadas. El éxito de la gingivectomía depende en gran parte a la remoción completa del tártaro y del alizamiento radicular.

Antes de colocar el apósito debemos limpiar muy bien todo, debemos controlar cada cara del diente, en busca de tártaro y restos de tejido blando; después de lo cual la zona se lava varias veces con una solución antiséptica tibia y se cubre con una gasa doblada en forma de "U", se dice al paciente que la muerda y la mantenga así hasta que sece la hemorragia. Si la hemorragia no es cohibida perfectamente, interfiere en la adaptación y endurecimiento del apósito parodontal.

Antes de colocar el apósito, las superficies de la herida deben estar cubiertas, por el coágulo sanguíneo, el cual protege la herida y favorece la formación de los nuevos vasos sanguíneos y las células conectivas durante la cicatrización.

Técnica de bicel invertido.

Indicaciones

Esta técnica la podemos utilizar para el tratamiento de las bolsas parodontales con paredes gingivales fibrosas y abultadas, que ocasionalmente se ven en la zona palatina posterior.

Técnica de bicel invertido

Consiste en la incisión de la cara interna de la pared de la bolsa en un ángulo agudo con el diente y por debajo del fondo de la bolsa.

La incisión elimina la pared enferma de la bolsa, crea accesibilidad a los apósitos

radiculares y reduce el espesor de la encía remanente.

Después de la incisión se saca una porción de la encía en forma de cuña y se raspan y alizan las raíces de los dientes.

Se lava la zona con suero fisiológico tibio, varias veces y se revisan las paredes - luego suturamos con puntos aislados interproximalmente, y se cubre la herida con - apósito parodontal, el que se retira después de siete o diez días.

En comparación con la incisión corriente de la gingivectomía esta técnica ofrece - la ventaja de no exponer tejidos conectivo. Sin embargo, la encía remanente se - contrae un poco y uno de los inconvenientes de la técnica es que puede persistir - la bolsa parodontal.

CAPITULO OCTAVO.

GINGIVOPLASTIA.

Definición.

La técnica de la gingivoplastia , es el procedimiento por el cual se da a la encía - su forma y contorno fisiológico, que permite la libre excursión de los alimentos - sin dejar que se acumulen residuos que ocasionarian la recidiva de la enfermedad.

Indicaciones.

Puede ser incluida en la gingivectomía o en el legrado y corelaje, si se produce - tejido gingival incorrecto que puede dañar la salud parodontal.

La gingivoplastia puede ser usada como auxiliar en los siguientes casos:

- 1).- Eliminación de agrandamientos gingivales, grietas, crateres, etc...
- 2).- En el tratamiento de las bolsas parodontales cuya pared es densa y fibrosa y - no blanda y edematosa.
- 3).- En deformidades del hueso alveolar producidas por parodontitis , y que despu_ es del tratamiento, se observan en el contorno de los tejidos gingivales sanos.

Técnica de la gingivoplastia.

Se hace tanto en la encía marginal como en la encía adherida. Consiste segun el- caso de los siguientes pasos:

- 1).- Bichelado del margen gingival.
- 2).- Formación de un contorno gingival festonado.
- 3).- Adelgazamiento de la papila interdental y de los margenes gingivales irregu- lares.

- 4).- Formación de los surcos verticales interdental en la encía adherida.
- 5).- Formación del deslizamiento interdental de las papilas interproximales, para facilitar el deslizamiento de los alimentos por los mismos.

Modelado de la encía.

El modelado de la encía puede hacerse con :

- a).- Bisturíes parodontales.
- b).- Piedras de diamante montadas de grano grueso.
- c).- Con electrocirugía.

- a).- Con Bisturíes parodontales.

Cuando se hace la gingivoplastia con bisturíes parodontales, la incisión sirve:

- 1).- Para eliminar la encía marginal enferma facilitando la visibilidad y accesibilidad para el legado correcto y limpieza de las superficies radiculares.
 - 2).- El bicelado conveniente de la incisión para conseguir un contorno adecuado.
- b).- Con piedras de diamante.

Cuando se hace la gingivoplastia con piedras de diamante, es necesario tratar primero las enfermedades gingivales, resecando primero la encía marginal edematosa despues se logra y se alizan las superficies radiculares. Las piedras rotatorias son movidas rapidamente a lo largo de la superficie gingival, variando en la presión ejercida de acuerdo a la cantidad de tejido a remover. El area operatoria es lavada y cubierta con apósito quirúrgico, el cual sera removido una semana despues - si la cicatrización es buena despues de dos semanas se comienza con la fisioterapia adecuada.

La finalidad de este tratamiento parodontal es la obtención de un contorno gingival funcional, de lo contrario la presencia de tejido gingival fibroso y de un contorno inadecuado después del tratamiento parodontal indica que éste no ha sido efectuada con la técnica adecuada.

Por lo tanto tomando en cuenta la cicatrización normal de la encía producirá un contorno gingival patológico, es muy importante eliminar los irritantes y demás factores locales como parte de un correcto tratamiento de las bolsas parodontales y deformidades gingivales y obtener así una correcta cicatrización gingival que nos de como resultado unos márgenes gingivales que llenen las características estéticas, funcionales y fisiológicas.

CAPITULO NOVENO.

APOSITO PARODONTAL.

Hay muchos apósitos quirúrgicos y parodontales. El apósito de Kirklan-Kaiser, es de fácil manejo y fácil colocación, da un tiempo adecuado de trabajo, y una vez fraguado es suficientemente firme para resistir las fuerzas de la masticación.

El apósito parodental se prepara a partir de un polvo y un líquido, lo mezclamos en una loseta, el polvo y el líquido, hasta que se forme una masa, la que se sigue amasando con los dedos, hasta incorporar a ella tanto polvo como sea posible, y obtener una consistencia de masilla dura.

El apósito se aplica dividiendo la masa del apósito en cilindros del largo del cuadrante tratado. Uno de los cilindros, se coloca por vestibular, con un gancho endistal, el cual abraza al último diente por lingual, luego lo presionamos suavemente para que se adapte a lo largo del margen gingival incisado e interproximalmente el otro rollo lo colocamos por lingual, lo unimos con el apósito vestibular por lingual en distal, y luego lo llevamos hacia adelante hasta la línea media, con ligera presión se une interproximalmente con el apósito vestibular.

Antes de despachar al paciente tenemos que verificar que el apósito no interfiera con la mucosa oral, con la lengua y con la oclusión.

Funciones del apósito parodental.

Las funciones del apósito parodental son:

- 1).- Controlar la hemorragia postoperatoria.
- 2).- Disminuir la posibilidad de infección y hemorragias postoperatorias.
- 3).- Haciendo la función de férula, fijando los dientes, disminuyendo su movilidad.

4).- Facilita la curación al eliminar, los factores traumáticos superficiales, durante la masticación, e irritación provocada por los restos de alimentos y productos bacterianos.

Duración y remoción del apósito parodontal.

El apósito durara en la boca del paciente entre siete y diez días. La remoción se hará entre los siete y diez días, lo desprendemos con un instrumento de Kirkland - # 14 , ejerciendo ligera presión. Se quitan los restos del apósito de entre los espacios interproximales, y las partículas adheridas a los dientes, se lava la zona suavemente con un chorro de agua tibia, haciendola pasar por entre el espacio interproximal para eliminar el apósito que pueda quedar allí.

Recomendaciones postoperatorias para el paciente.

Al terminar de efectuar el tratamiento del cuadrante correspondiente hay que hacerle algunas recomendaciones al paciente, acerca del cuidado postoperatorio que debe observar;

- 1).- No quitar el apósito quirúrgico.
- 2).- Evitar alimentos calientes durante las tres siguientes horas de la operación.
- 3).- Si hay dolor, tomar el tipo de analgésico recomendado por el cirujano dentista.
- 4).- Ingerir solamente dieta semisólida y evite frutas cítricas.
- 5).- No fume.
- 6).- Los enjuagatorios podrán usarse después de 24 horas.

7).- Limpie las partes de la boca que fueron tratadas anteriormente o no han sido -
tratadas.

8).- No desarrolle actividades bruscas, pero si haga sus actividades normales día_
rias.

9).- Si surge alguna complicación inesperada, comuníquese con el cirujano dentis_
ta a su consultorio, o acuda al consultorio lo más pronto posible.

CAPITULO DECIMO.

FISIOTERAPIA ORAL.

Una fisioterapia oral será un factor muy importante para la restauración de la salud oral, después de un tratamiento paradontal.

La fisioterapia oral es una parte integral del tratamiento paradontal. Un buen cepillado traerá como consecuencia, la cornificación del epitelio, logrando mejor adherencia de la encía y al mismo tiempo lograremos una mayor y mejor circulación sanguínea.

Características del cepillo dental.

- 1).- Todas las cerdas deben estar al mismo nivel.
- 2).- El mango del cepillo deberá ser recto para que nos de un máximo de accesibilidad.
- 3).- Debe tener en el otro extremo un estimulador dental de goma.
- 4).- Las cerdas pueden ser de nylon o naturales, ambas son satisfactorias, las primeras mantienen su rigidez más tiempo. No es recomendable alternar el uso de cepillos de cerdas de nylon y cepillos con cerdas naturales, ya que las personas se acostumbran a lo blando de las cerdas naturales, provocando al usar las cerdas de nylon un traumatismo a la encía por ser más dures las de nylon.

Técnicas de cepillado.

Técnica del Dr. Stillman.

Esta técnica está regida por los siguientes principios:

Colocar el cepillo con las cerdas descansando en la encía y en la porción cervical

de los dientes. Las cerdas deben ser oblicuas al eje del diente y dirigidas apicalmente.

Se presiona ligeramente contra el margen gingival provocando una ligera isquemia. Se deja de presionar para que la sangre vuelva a la encía y se repite la operación de presión cuantas veces sea posible y al mismo tiempo dando al cepillo un ligero movimiento de rotación. Repitiendo el proceso en toda la boca comenzando primemente en la zona de los molares superiores y siguiendo sistemáticamente a las demás zonas y también hacerlo por las caras linguales y palatinas.

Las caras oclusales de los molares y premolares se frotan, con las cerdas perpendiculares al plano oclusal, penetrando profundamente en los surcos y espacios interproximales.

Técnica del Dr. Stillman modificada.

La modificación de esta técnica consiste en la acción vibratoria de las cerdas que se completa con el movimiento del cepillo a lo largo del diente en el sentido de la línea de oclusión. El cepillado comienza en la encía adherida, en la unión con la mucosa alveolar y describiendo un círculo que incluye la encía marginal adherida así como la superficie dentaria contigua.

Las ventajas de esta técnica modificada es que nos permite una limpieza más eficaz de las superficies dentarias reduciendo la posibilidad de un traumatismo en la encía marginal.

Uso del estimulador de goma interdental.

Se usa como estimulador interdental la punta de goma. La punta de goma se usa-

solo cuando hay espacios interdentes creados por la perdida del tejido, o en zonas donde las malposiciones dentarias impiden llegar con el cepillo.

Se coloca la punta de goma en un ángulo de 45 grados aproximadamente con el extremo dirigido hacia la cara oclusal y la parte lateral contra la encía.

Se activa el instrumento con un movimiento rotatorio, lateral o vertical manteniendo el contacto con la encía y presionando contra ella, se hace así en cada espacio interdental por vestibular y por lingual, o por palatino.

CONCLUSION.

CONCLUSION.

El proposito de la Odontología en general y de la parodencia, es el de preservar y mantener en estado de salud a los dientes y a sus estructuras de soporte. Pero desgraciadamente aún con los procedimientos de prevención con los que contamos muchas piezas son extraídas por caries y más por enfermedad parodontal.

Par reconocer las enfermedades parodontales en la boca debemos conocer al parodonto en su estado sano. Todos los elementos que lo forman, actúan como un todo, cuando uno de ellos es alterado, los demás elementos sufren alteraciones inmediatas o mediatas.

El conocimiento de la enfermedad parodontal y su etiología, es de gran importancia para el C. D. , para poder llegar a hacer un diagnóstico correcto, ya que las manifestaciones clínicas de las enfermedades nos lleva a seguir una técnica adecuada. Es de vital importancia el conocimiento de la técnica a seguir, sus indicaciones, sus contraindicaciones, y la realización de la misma técnica en la práctica, ya que muchas veces podríamos caer en errores que nos ocasionarían malos ratos.

La Gingivectomía es el método de elección para eliminar quirúrgicamente las bolsas parodontales profundas y cuando la pared de la bolsa es firme y fibrosa, y persistiría aún después de eliminar los irritantes locales, y cuando en la mente del operador exista la duda sobre la posibilidad de poder eliminar la bolsa con un "raspeo y curetaje". La Gingivectomía siempre va acompañada de la Gingivoplastia.

Es muy importante establecer para cada paciente una técnica adecuada de cepillado, control personal de placa, uso de seda dental y estimulador de goma, una dieta adecuada, etc. . . . , como complemento del tratamiento parodontal.

BIBLIOGRAFIA.

- 1).- Dr. Irving Glickman PERIODONTOLOGIA CLINICA.
- 2).- Dr. Balint Orban. PERIODONCIA.
- 3).- Golman Schluge - Fox Cohen. TERAPEUTICA PERIODONTAL.
PERIODONCIA PARODONTOGIA.
- 4).- Dr. Kurt H. Thoma. CIRUGIA BUCAL.
- 5).- Dr. G. Riez Centeno. CIRUGIA BUCAL.
- 6).- Astra. MANUAL DE ODONTOLOGIA.
- 7).- DR. Brucket. PARODONCIA.